Briefe an die SÄZ

Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2004 (neu) und 2003 (Re-Evaluation) [1]

Nun sind sie da, die mit Spannung erwarteten Zahlen über 2004. Es ist das erste Jahr seit der Einführung des TARMED auch auf KVG-Ebene. Die Fakten setzen allen Behauptungen und Spekulationen ein Ende und zeigen, wie in den jahrelangen TARMED-Verhandlungen der Kuchen verteilt worden ist.

Die Zahlen in Tabelle 9 über die Durchschnittseinkommen der Spezialitäten sind ernüchternd: Die Einkommensunterschiede zwischen den Fachgruppen haben sich zwar etwas gemildert. Aber nach wie vor (vergleiche Mittelwerte 2002) [2] verdienen die Spitzenreiter über dreimal mehr als die Schlusslichter. Und nach wie vor belegen Psychiatrie und Kinderpsychiatrie weit abgeschlagen die letzten Plätze. Wie weit die mit dem TARMED angestrebte Einkommensharmonisierung gehen soll, lässt sich diskutieren. Die aktuellen Unterschiede jedenfalls sind durch nichts zu rechtfertigen (namentlich auch nicht durch die aus den Rokostudien ersichtlichen Arbeitszeitdifferenzen).

Im Kommentar auf S. 208 werden die Zahlen mit den Zielsetzungen des TARMED verglichen. Unter anderem wird festgehalten, die Reduktion der Einkommensunterschiede zwischen den Spezialitäten sei «weitgehend erreicht». Diese Behauptung entbehrt jeder Realität und klingt für uns wie ein Hohn. Wir hoffen, dass es sich dabei um einen Ausrutscher und nicht um die Ansicht der FMH handelt.

Unsere Standesorganisation hat unter Jacques de Haller grosse Fortschritte in Sachen Transparenz sowie im Ernstnehmen der Basis gemacht. Die vorliegenden Zahlen zeigen nun einen dringenden Handlungsbedarf auf: Um weiterhin alle Fachgruppen zu vertreten, ist die FMH gefordert, sich für die notwendigen Korrekturen zugunsten eines fairen Tarifs einzusetzen.

Rudolf Bleuler,
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Intensive Dynamische Kurzpsychotherapie

1 Hasler N., Reichert M. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2004 (neu) und 2003 (Re-Evaluation). Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(6):208-19.

2 Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2003 (neu) und 2002 (Re-Evaluation): Vollerhebung im Juni 2006. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(39):1677-86.

Werbung MediData

Sehr geehrter Herr Kollege

Mit Verwunderung habe ich Ihren intoleranten Leserbrief [1], der auch wettbewerbswidrige Ansätze zeigt, zur Kenntnis genommen. Offensichtlich sind Sie über MediData nicht oder falsch informiert.

MediData wurde von Kostenträgern unter Führung der SUVA 1995 gegründet, um die Voraussetzungen für den elektronischen Datenaustausch im Gesundheitswesen – ähnlich wie Telekurs für die Banken – zu ermöglichen. Nach einer langen Anlaufphase sind heute die öffentlichen und privaten Unfallversicherer, die IV, die MV sowie die Krankenversicherer mit wenigen Ausnahmen mit den Spitälern, den Apotheken, den Grosslaboratorien, neuerdings mit dem Physiotherapeutenverband und letztlich auch mit 2500 Arztpraxen im elektronischen Rechnungsaustausch verbunden. Auch die Praxissoftwareanbieter haben die entsprechenden Schnittstellen eingebaut.

Die Entwicklungskosten wurden von den Kostenträgern übernommen. Sie bezahlen über ET-Supportabonnemente auch den Unterhalt. Die

Systembenützung ist unentgeltlich. Das Aktionariat ist offen, die Mehrheit liegt jedoch bei den Kostenträgern.
Im vergangenen Jahr wurden knapp 15 Millionen Rechnungen transportiert. Der Weg zur elektronischen Verknüpfung des Prämienzahlers mit seinem Prämienkonto und der elektronischen Tarifdatenbank ist noch weit, aber vorgezeichnet.
Laut Umfragen wünscht die überwältigende Mehrheit der Patienten die elektronische, transparente Leistungsabrechnung (siehe auch: www.carepay.ch).
Im Zusammenhang mit der TARMED-Einführung hat die Ärzteschaft mit der Einrichtung eines eigenen Datenpools über Trustcenter eine Möglichkeit geschaffen, Frühindikatoren zur Volumensteuerung zu initialisieren. MediData versteht dieses Anliegen und ermöglicht deshalb die kostenlose Einlieferung elektronischer Rechnungskopien an Trustcenter. Leider haben TC-Verantwortliche mit unsachlichen Versprechungen versucht, der Ärzteschaft den Verkauf von Einzelrechnungen an die Kostenträger schmackhaft zu machen. Die separate Verrechnung der administrativen Rechnungserstellung hat auf der ganzen Welt keine Tradition. Zahlungen mit Prämienfranken für die Rechnungserstellung sind auch juristisch nicht statthaft. Die Idee wäre bei ihrer Veröffentlichung höchstens eine peinlich negative Schlagzeile gegen die Ärzteschaft, nachdem alle anderen Marktteilnehmer seit vielen Jahren den elektronischen Rechnungsverkehr ohne zusätzliches Entgelt, jedoch zu ihrem eigenen Nutzen und Vorteil abwickeln.
Da bleibt noch die Angst vor einer Datensammlung. Diese Bedenken sind absolut unbegründet. Die Versicherungen stehen untereinander in Konkurrenz. Sie führen eigene Statistiken. Diese basieren auf den *bezahlten,* nicht auf *gestellten* Rechnungen. Rechnungsstellerstatistiken machen erst im Verbund mit anderen Rechnungen zum Fall Sinn. Erst nach Berücksichtigung der Franchise, des Selbstbehaltes und der Nichtpflichtleistungen werden sie brauchbar und auch sozialpolitisch relevant. MediData sammelt also keine Daten für die Kostenträger. Hingegen werden die Rechnungen einem elektronischen Prüfverfahren unterzogen.
Was ich Ihnen hier schreibe, haben viele Kolleginnen und Kollegen – mit Ihren Worten «die dümmsten Kälber» – längst reflektiert und rechnen zur Zufriedenheit ihrer Patienten über MediData im Tiers garant und neu, auf ausdrücklichen Wunsch einzelner Patienten, auch direkt mit dem Kostenträger im «Lastschriftverfahren» ab. (Der Patient bleibt aber Honorarschuldner, deshalb ist der Ausdruck Tiers payant im juristischen Sinn nicht ganz korrekt.)
In Zukunft geht es nun darum, in Kooperation mit den TC dafür zu sorgen, dass nicht durch Fehlinformationen unsere Kolleginnen und Kollegen den Anschluss an das Zeitalter der elektronischen Netzwerke verpassen. MediData ist offen für diese Zusammenarbeit.

Dr. med. Walter Grete, Bachenbülach, VR MediData

1 Michel H. Nur die dümmsten Kälber wählen ihre Metzger selber! Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(4):112.

Replik

Zum Titel: Ein nicht provokativer Titel wird in der Medienflut von heute kaum noch gelesen, das Sprichwort stammt nicht von mir, hat aber etwas Wahres an sich [1].
Sie erwähnen, das Aktionariat von MediData sei mehrheitlich in den Händen der Versicherer. Versicherer haben andere Interessen als die Kostenträger. Diese Tatsache hat der Bündner Ärzteverein in den Verhandlungen um den TPW am eigenen Leib erlebt. Mit fraglichen, uns nicht offengelegten Daten haben die Versicherer der Bündner Ärzteschaft einen Kompensations-TPW von 56 Rappen vorgeschlagen. Die TC haben uns geholfen, von santésuisse (hätte sicher Zugang auf MediData gehabt) haben wir die gewünschten Zahlen auf Anfrage und Nachhaken nicht erhalten.
Sie schreiben weiter: Trust-Center-Verantwortliche hätten mit unsachlichen Versprechungen versucht, der Ärzteschaft den Verkauf von Einzelrechnungen an die Kostenträger schmackhaft zu machen, und erwähnen, irgendwelche Zahlungen aus Prämienfranken für die Rechnungserstellung seien juristisch nicht möglich.
Wenn das Aktionariat von MediData mehrheitlich durch die Versicherer beherrscht wird, wie Sie schreiben, und die Haupteinnahmen der Versicherungen aus Prämiengeldern bestehen – etwas anderes ist mir nicht bekannt –, werden nicht nur die Kosten für die Rechnungsverarbeitung, sondern für die ganze MediData mehrheitlich aus Prämienfranken finanziert. Der Unterschied zu den TC? Die TC werden durch die Ärzteschaft getragen.

Wahrscheinlich wäre es sinnvoller, alle TC und MediData zusammenzulegen und die Daten für alle transparent zu machen. Diese Diskussion würde mehr Sinn ergeben.

Dr. med. H. Michel, Präsident Bündner Ärzteverein

1 Michel H. Nur die dümmsten Kälber wählen ihre Metzger selber! Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(4):112.

Ihre Replik [1] auf den Leserbrief Michel zu MediData-Inseraten [2]

Sehr geehrter Herr Bienz

Ich möchte Sie unterstützen in Ihrer Haltung, wie Sie sie in der Replik beschrieben haben! Es geht ja wirklich nicht an, dass eine Zensur angelegt wird bei Inseraten. Es ist ja klar ersichtlich, was Redaktionelles ist und was Werbung – insofern kann sich jeder selber ein Bild machen, ob er das Beworbene gut und schlecht finden will. Im Fernsehen gucken wir uns auch Werbung für Dinge an, die wir nicht zu kaufen bereit sind.

Wie Sie auch sehr richtig beschrieben haben, würde es gar nicht so einfach, zu entscheiden, *wie* eine Zensur auszusehen hat: Der eine findet das gut, der andere verwerflich. Die MediData hat ja immerhin Kunden in der Schweiz, das heisst, es finden nicht alle dies verwerflich.

Die einzige Alternative, wenn Werbung stört, wäre, *gar keine* Werbung zuzulassen, dann wäre aber eine wichtige Einnahmenquelle verschüttet. Die Abonnenten müssten dann aber ganz andere Preise selber bezahlen – ich weiss nicht, ob Collega Michel dazu bereit wäre. Ich selber ziehe Werbung vor – mit der Freiheit, selber zu entscheiden, was ich gut und was schlecht finde.

Dr. med. Urs Thommen, Basel

1 Bienz R. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(4):112.

2 Michel H. Nur die dümmsten Kälber wählen ihre Metzger selber! Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(4):112.

Bitte beendet den Drogenkrieg in der Schweiz! – Opioidabstinenz

Liebe Psychiaterinnen und Psychiater

Bitte drängen Sie meine Patientinnen und Patienten nicht mehr, mit Methadon oder Subutex aufzuhören. Wenn ich Ihnen multisubstanzabhängige, opioidabhängige Patientinnen oder Patienten zum Teilentzug von Alkohol, Benzodiazepinen und/oder was sonst immer einweise, wünsche ich auf keinen Fall, dass auch Opioide entzogen oder deren Dosis reduziert werden.

Es gibt keinen Hinweis, dass stationäre Opioidentzüge langfristig irgendeinen Erfolg bezüglich Opioidabstinenz haben. Nach zehnjähriger Beobachtung sind fast alle Patienten immer noch oder wieder opioidabhängig.

Was ist der Erfolg eines Drängens auf Opioidabstinenz? Nur in der Zeit nach Entzug durch Verlust der Opioidtoleranz treten grössere Risiken für Leib und Leben auf. Opioidentzüge gefährden aber auch die psychosoziale Stabilität. Unter stabiler Opioidsubstitution kann dauerhaft ein normales Leben geführt werden. Das Leben und die Gesundheit dürfen nicht für eine Behandlung riskiert werden, deren Erfolgschancen in keinem Verhältnis zu den Risiken stehen.

Die Psychiatrie in der Schweiz darf nicht wieder in den Drogenkrieg hineingezogen werden. Die Erfolge der schweizerischen Drogenpolitik werden neuerdings wieder in Frage gestellt. Die leichte Zunahme von HIV- und anderen Infektionen könnte beispielsweise mit neuen Abstinenzideologen in den Kliniken zusammenhängen.

Dr. med. André Seidenberg, Zürich

Violation du droit humanitaire international dans le système sanitaire suisse

Prise de position sur l'éditorial du docteur Jacques de Haller [1]

On apprend par la presse que 67 % des malades cardiaques ne sont plus traités correctement dans les hôpitaux. Ils subiraient cette discrimination en raison de leur âge. L'étude qui a mis en évidence ce qui serait une violation du droit humanitaire ne concernait que les affections cardiaques. Qu'en est-il des autres?

A propos du vote sur la liberté des assureurs de contracter avec les médecins, le président de la FMH prévoit que la médecine sera scindée en deux: il y aura, d'une part, les médecins bon marché, qui s'occuperont des cas simples, et d'autre part, ceux qui prendront en charge les cas plus compliqués, et qui ne seront pas agréés par les assureurs. Ils seront donc discriminés.

Les assureurs n'ont d'ailleurs pas attendu les résultats du vote. Actuellement déjà, sur la base de leurs statistiques de contrôle des médecins, ils offrent aux assurés des contrats *«low cost»* impliquant l'obligation de se faire soigner chez les médecins les meilleur marché. On sait que les médecins qui se limitent aux traitements symptomatiques sont bon marché. Mais ont-ils rempli leur devoir médical envers leurs patients?

Il est clair que ceux qui prennent en charge les cas lourds et les malades chroniques sont nécessairement plus chers. Ainsi, pour être agréé par les assureurs, il faudra se défaire des ces cas, sinon renoncer au droit de pratiquer la médecine selon la LaMAL [2]. Cette discrimination est une sélection et l'exclusion de ceux qui sont défavorisés. Elle viole à notre avis le droit humanitaire international et on voudrait obliger les médecins à se rendre coupables d'un tel délit.

Sans parler de la question de la qualité de la médecine. Jusqu'à présent, le contrôle des médecins s'est fait uniquement sur une base comptable. Mais la prise en compte de la qualité est indispensable: tout d'abord, de la qualité de la formation postuniversitaire, qui devrait être soumise à des normes, uniformisées et quantifiées. L'attribution de titres de spécialiste devrait se faire avec plus de parcimonie et selon des exigences plus élevées.

Ensuite la médecine est un service. Comme c'est le cas d'autres branches de ce secteur de l'économie, elle doit se soumettre aux contrôles d'efficacité. Les prestations finales devraient être incluses dans un système efficacité/coûts ou qualité/coûts, comme cela se pratique ailleurs.

Puisque la tendance, initiée par les assureurs, est d'offrir aux assurés, moyennant des assurances au rabais, des traitements symptomatiques (médecine de proximité), il convient, pour des raisons d'équité, que soit inscrit dans la loi le droit de tout assuré de pouvoir consulter, aux frais de l'assurance, les praticiens qui font une médecine de diagnostic et prescrivent des traitements ciblés.

Enfin, il y a la prophylaxie, parent pauvre de la médecine en Suisse. Elle devrait se fonder sur une carte de morbidité établie à partir des diagnostics. Qualité de la médecine et diagnostic vont de pair. Si un contrôle intelligent de la médecine devait se faire, il faudrait comparer les coûts par cas. Ceci assurerait la qualité et fournirait la base pour une prophylaxie efficace.

Dr. med. Henri Siegenthaler, Veysonnaz

1 de Haller J. 1er juin 2008: la Suisse vote sur la médecine et les médecins. Bull Méd Suisses. 2008; 89(5):153.

2 santésuisse, Berne 7.2.2007.

Zeichnung ANNA in Nummer 5

In der neuesten Nummer der SÄZ ist eine Zeichnung von ANNA, deren Aussage wohl eher ironisch gemeint ist, die aber sicher bei vielen Kollegen und Kolleginnen Realität ist: Beten für den Kranken und die eigene Arbeit als Arzt. Im Buch Jesus Sirach findet man schon 2000jährige Aussagen darüber. Es ist ein sehr hilfreiches Buch, auch, vielleicht vor allem auch, für Ärzte: Jesus Sirach, Kapitel 38: Überschrift in der «alten» Zürcher Bibel, wo z. T. die sogenannten Apokryphen noch drin waren: «Der Arzt».

Vers 1: Halte den Arzt wert, weil du ihn nötig hast, denn auch ihn hat Gott geschaffen. 2 Von Gott hat der Arzt seine Weisheit […]

Vers 9: Mein Sohn, werde nicht gleichgültig in der Krankheit, bete zu Gott, denn er kann dich heilen. […]

Vers 12: Aber auch dem Arzte lass Raum, er soll nicht von dir weichen, denn auch ihn hast du nötig. 13 Gibt es doch Zeiten, wo Gelingen ist in seiner Hand.

14 Und auch der Arzt lässt sein Gebet zu Gott aufsteigen, dass er ihm die Deutung (der Krankheit) gelingen lasse und dass die Arznei zur Erhaltung des Lebens diene. […]

Sind diese Anweisungen nicht heute noch gültig? Mir persönlich haben diese Verse, als ich sie einmal gefunden habe, viel gegeben. Zu fromm? Das muss jede/r selber bestimmen.

Dies die kurzen Gedanken, die mir durch den Kopf gingen bei der Betrachtung der Zeichnung.

David Künzler, Hausen am Albis